

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

Konzept für die geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung



Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 1 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Definition	3
3. Ziel des Konzeptes	4
4. Schwerpunkte der Pflegebedarf	5
5. Autonomie und Selbstbestimmung	7
6. Kommunikation	7
7. Ethik & christliche Werte	7
8. Sterbebegleitung und Abschiedskultur	9
9. Abschied nehmen	10
10. Versorgung von Verstorbenen	10
11. Informationsweitergabe	10

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 2 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

1. Einleitung

Das vorliegende Konzept soll sowohl den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung, externen professionell beteiligten Berufsgruppen, aber auch den Bewohnern und Angehörigen, auf gut verständliche Weise die bei der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen eingenommene Haltung zum Thema „Palliative Care“ darlegen.

Die Schulung ausgewählter Mitarbeiter zu Fachkräften dieses Bereichs, sowie die Information und Fortbildung der gesamten Mitarbeiterschaft, ist als Grundvoraussetzung für die Implementierung dieser konzeptionellen Grundlage anzusehen.

Das Konzept soll dazu beitragen, den zukünftigen Anforderungen an eine gute Pflege und Betreuung, besonders in der letzten Phase des Lebens , gerecht zu werden.

Voraussetzung dafür soll allgegenwärtiger Respekt gegenüber der Autonomie und Würde der Bewohner der Einrichtungen der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen sein.

2. Definition

Palliative Care bezeichnet die umfassende Behandlung und Betreuung chronisch kranker, schwerkranker und sterbender Menschen jeden Alters. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen, auch soziale, seelisch, geistige und religiös spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Palliative Care wird in der Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams geleistet.

Palliativ Care:

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit
- achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Desorientierung an
- ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

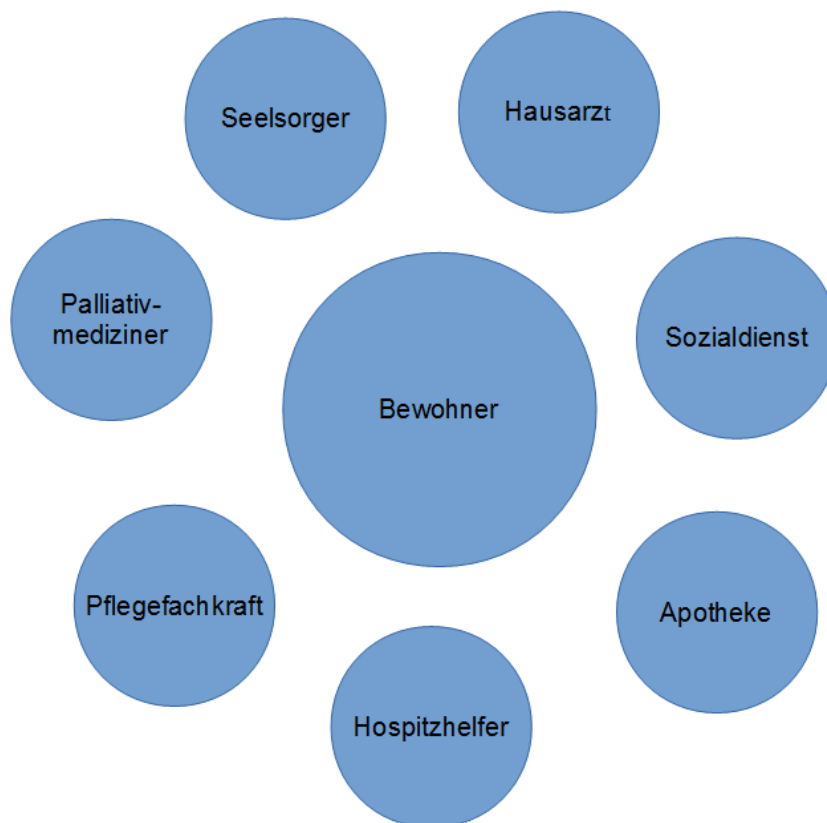
Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 3 von 11

3. Ziel des Konzeptes

Palliativ Care soll nicht als Konzept für sich alleine stehen, sondern als Haltung in die ganze Einrichtungsphilosophie einfließen. Im Zentrum unseres Handelns stehen die Individualität, Autonomie, Würde und Wohlbefinden der Bewohner. Unser Handeln ist auf die christlichen Werte ausgerichtet.

Schmerzen und belastende Symptome sollen erfasst und gelindert, bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt gefördert oder erhalten werden.

Sterben und Tod werden thematisiert, die Bezugspersonen werden unterstützt. Gute Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung, aber auch mit Ärzten, Seelsorgern, Therapeuten und anderen Beteiligten ist grundlegend. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet sich wie folgt:



4. Schwerpunkt der Pflege

In der Langzeitpflege besteht immer ein Nebeneinander von kurativen (heilenden) und Palliativen (lindernde) Maßnahmen. Zum Lebensende hin rückt die palliative Haltung in den Vordergrund, ohne dass kurative Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität außer Acht gelassen werden.

Die Lebensqualität kann durch viele Faktoren beeinträchtigt werden. Vor allem jedoch Schmerzen haben großen Einfluss auf das Wohlbefinden des Menschen. Deshalb stehen eine bestmögliche Schmerzbehandlung und die individuelle Einschätzung der Schmerzintensität an oberster Stelle.

Auszüge aus dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege:

- Jeder Mensch hat einen Anspruch auf ein schmerzfreies oder zumindest möglichst schmerzarmes Leben
- Selbsteinschätzung hat Vorrang vor Fremdeinschätzung
- Schmerz ist subjektiv und kann nur von Betroffenen selbst zuverlässig eingeschätzt werden.

Vgl. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2005

Zur Erfassung der Schmerzintensität werden Verfahren eingesetzt, mit deren Hilfe anhand von verbalen und nonverbalen Äußerungen des Bewohners Schmerzen identifiziert und deren Ausprägung festgestellt werden kann. Mit geeigneten Assessmentinstrumenten werden weitere Symptome erfasst, die dann gezielt und interdisziplinär behandelt werden. Dabei beachten wir die biologischen, psychologischen, sozialen oder spirituellen Ursachen der Symptome, sowie auch mögliche individuelle Bewältigungsstrategien des Betroffenen. Unser Ziel ist die bestmögliche Linderung von belastenden Symptomen.

Folgende Instrumente zur systematischen Schmerz-Einschätzung sind in den Einrichtungen der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen im Einsatz:

- Selbsteinschätzung (NRS - Numerische Rating Skala von 1-10 steht vor Fremdeinschätzung (BESD), das Schmerz ein subjektives Erleben ist.
- Fremdeinschätzung (BESD – Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) wird bei angewandt, die entwicklungs-, krankheits- oder therapiebedingt nicht zu einer Selbsteinschätzung oder Kommunikation in der Lage ist. Die Fremdeinschätzung und Ergebnisinterpretation führt die primäre Bezugspflegeperson durch. Hilfreich kann ein Austausch über die Beobachtungsergebnisse zwischen Pflegekräften sein. Bezugspersonen, die den Schmerzausdruck schon häufiger erfahren haben, sollten einbezogen werden, um die Bewertung des Ergebnisses zu verbessern.
- Schmerzeinschätzung beginnt mit einem Initialassessment im Rahmen der Risikomatrix., d.h. die PFK führt zu Beginn des pflegerischen Auftrages eine Erhebung durch, ob der Bewohner zu

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 5 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festgelegten Zeiträumen wiederholt.

- Differenziertes Assessment: die PFK führt bei festgestelltem Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen und schmerzbedingten Problemen eine Erhebung über die derzeitige Schmerzintensität, -situation, -geschichte des Bewohners durch. Dazu gehört die Schmerzlokalisierung, -qualität, zeitlicher Verlauf (Beginn, Dauer, Frequenz), verstärkende lindernde Faktoren, Auswirkungen auf das Alltagsleben, kognitiver Status, Medikamente, Stimmungslage. Sie wiederholt die Einschätzung der Schmerzen und schmerzbedingten Probleme in Ruhe und Belastung Bewegung in individuell festzulegenden Zeiträumen.
- Schmerzeinschätzung bei Belastung ist ein wichtiger Bestandteil, weil
 - der Bewohner evtl. Schonhaltung einnimmt
 - der Genesungsprozess bei belastungsbedingten Schmerzen verlängert ist
 - mangelnde Bewegung zu weiteren Komplikationen führt, wie z.B. Pneumonie, Dekubitus, Thrombose, Kontrakturen
- Bei der Schmerzeinschätzung ist folgendes zu berücksichtigen
 - Altersentsprechende Kommunikationsformen über Schmerz
 - Fähigkeit des Bewohners zur Selbsteinschätzung, -kommunikation
 - Schmerzzeichen verbaler und nonverbaler Art (verändertes Verhalten)
 - Risikofaktoren für Schmerz
- Schmerz selbst kann ein Risikofaktor für problematische Zustände sein, z.B. können ältere Menschen ein Delirium o.a. Verwirrheitszustände durch starken oder akuten Schmerz entwickeln
- Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Bewohner das Thema Schmerz von sich aus eher selten ansprechen, z.B. auf Grund ihrer Annahme, dass Schmerzen zur Krankheit dazugehören
- Regelmäßige Schmerzerfassung zeigt häufig positiven Effekt auf den Verlauf, weil der Bewohner
 - weiß, wann und wem gegenüber er Schmerz äußern kann
 - in die Lage versetzt wird, den eigenen Schmerz einzuschätzen und
 - aus den Messergebnissen Konsequenzen zieht

Vgl. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2005

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 6 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

Die Symptomerfassung ist in allen Phasen des Krankheitsverlaufes stets neu durchzuführen. Durch vorausschauendes Denken ist es möglich, Krisen abzuwenden oder zumindest darauf vorbereitet zu sein.

5. Autonomie und Selbstbestimmung

Oberstes Ziel ist die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität, wie sie aus der individuellen Sicht des Bewohners formuliert wird. Diese Perspektive ist individuell, muss immer wieder erfragt und fortlaufend dokumentiert werden.

Jeder Bewohner hat das Recht auf Aufklärung über seine Krankheit und die möglichen Behandlungsmaßnahmen mit Vor- und Nachteilen. Der Bewohner und seine Angehörigen bestimmen mit über den weiteren Therapieverlauf oder den Verzicht.

Ist der Bewohner urteilsunfähig, soll sich der Entscheid an der Patientenverfügung oder am mutmaßlichen Willen der betroffenen Person orientieren der , je nach Situation, in Zusammenarbeit von Angehörigen, Arzt und Pflegenden identifiziert werden sollten.

Möchte sich ein Bewohner nicht offen mit seiner Krankheit auseinandersetzen, ist diese Haltung zu respektieren, denn sie erlaubt ihm, Hoffnungen zu hegen und eine schwierige Situation besser auszuhalten.

6. Kommunikation

Palliativ Care verlangt die Auseinandersetzung mit eigenen Werten und Normen und eine hohe Kommunikationskompetenz.

In der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen findet Palliativ Care in einer Wertewelt statt, die geprägt ist von Offenheit , Wertschätzung , Einfühlungsvermögen, der Fähigkeit zu aktivem Zuhören, Echtheit im Ausdruck von Gefühlen, Toleranz, Akzeptanz und gegenseitigem Vertrauen.

Eine offene Haltung im Mitarbeiterteam ermöglicht das Zulassen von Emotionen, was auch für die Gesundheit der Mitarbeiter von großer Wichtigkeit ist.

7. Ethik & und christliche Werte

Es ist für uns von elementarer Bedeutung, dass in der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen über die moralische Dimension des Handelns Bewusstsein herrscht und stets eine gemeinsame Diskussionsgrundlage vorhanden ist bzw. erarbeitet wird.

Diese moralische Dimension finden wir in einem Teil der angewandten Ethik. Sie orientiert sich im

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 7 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

Wesentlichen an den folgenden vier grundlegenden Prinzipien:

- Autonomie/ Respekt vor Selbstbestimmung
- Nicht Schaden/ Vermeidung von potentiellern Schaden
- Gutes tun
- Gerechtigkeit

Die christlichen Werte, die für die Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen handlungsleitend sind, basieren auf:

- Glaube
- Hoffnung
- Liebe
- Zuversicht
- Nächstenliebe
- Vertrauen
- Gemeinschaft
- Wertschätzung

Stets werden von neuem. Zentralen ethische Aspekte im alltäglichen medizinischen, pflegerischen und betreuenden Handeln diskutiert. Ethische Prinzipien tragen dazu bei, moralische Konflikte zu umschreiben, einzuordnen und zu klären. Keine dieser Prinzipien können für sich alleine absolute Gültigkeit beanspruchen, sondern sie müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen und immer wieder neu bewertet werden.

Die Mitarbeiter der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen kennen dies ethischen Grundprinzipien und ie handlungsleitenden christlichen Werte, die dem Unternehmens- und Pflegeleitbild zugrunde liegen und setzen sich damit aktiv auseinander. Die Wünsche und Entscheidungen des Bewohners werden respektiert, und in schwierigen Situationen wird gemeinsam nach Lösungen gesucht.

Hierbei helfen ethische Fallbesprechungen, in denen ein Komitee von Mitglieder des Netzwerkes, sowie des ambulanten Hospizdienstes, Angehörigen und Mitarbeitern der Einrichtungen zusammen kommen, um ethische Fragen in der individuellen Lebens- und Pflegesituation eines Bewohners bis zur ethischen Entscheidungsfindung zu erörtern und im Interesse des Betroffenen abzuwägen.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 8 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

8. Sterbebegleitung und Abschiedskultur

Sterben ist ein einzigartiger Prozess. Sterbebegleitung orientiert sich deshalb an den individuellen Bedürfnissen des Sterbenden und seiner Angehörigen. Bei Einzug in die Einrichtung wird im Rahmen der Einzugbegleitung und des Integrationsgesprächs die Wünsche bezügl. der Sterbebegleitung mit dem Bewohner und wenn möglich mit seinen Angehörigen gemeinsam erfragt und festgehalten.

Folgende Punkte sind uns dabei wichtig:

- Wir passen die Pflege dem momentanen Befinden des Sterbenden an und ergänzen je nach Bedürfnis und Wunsch mit alternativen Methoden
- Indem das Team eine Bezugspflegekraft bestimmt, die sich um das Wohlergehen des Sterbenden und seiner Angehörigen kümmert, erreichen wir Kontinuität in der Pflegesituation und eine ruhige Atmosphäre
- Die Mitarbeit von Angehörigen wird geschätzt. Sie werden in die Pflege und Betreuung des Sterbenden individuell einbezogen und persönlich begleitet
- Auf Wunsch beziehen wir die Seelsorge oder einen Pfarrer ein

Das Sterben ist das natürliche Ende des Lebens und es hat seinen Platz in unserer Einrichtung. Ein würdiger Umgang mit Sterben und Tod ist uns wichtig. Wir pflegen Rituale, um Abschied zu nehmen und Trauer zu verarbeiten.

Die Abschiedskultur in der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen ermöglicht folgendes:

8.1 Beistand durch Angehörigen

Angehörige erhalten die Möglichkeit rund um die Uhr anwesend zu sein.

8.2 Beistand durch SAPV und Ambulanter Hospizdienst

Zur Optimierung der Begleitung sterbender Menschen arbeiten wir mit der SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) sowie mit ehrenamtlichen Helfern des Hospizvereins zusammen. Die SAPV stellt ein multiprofessionelles Team mit speziell ausgebildeten Pflegefachkräften, Palliativfachärzten.

8.3 Anwesenheit eines geistlichen Beistands

Auf Wunsch des Bewohners wird ein geistlicher Beistand gerufen.

8.4 Abschiedsraum

Die Einrichtung verfügt über einen passend gestalteten Raum, in dem Angehörige und Mitbewohner Abschied nehmen können.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 9 von 11

	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

8.5 Kondolenzbuch

Anhand eines Kondolenzbuchs wird jedem verstorbenen Bewohner gedacht, um Mitbewohner und Mitarbeitern die Möglichkeit zum Abschied nehmen zu geben.

8.6 Feierlichkeit in der Einrichtung

Sollten Angehörige den Wunsch haben, in der Einrichtung im Rahmen oder im Anschluss an die Beisetzung eine Feierlichkeit durchzuführen, wird diese nach vorheriger Abstimmung durch die Einrichtung wunschgemäß ausgerichtet.

9. Abschied nehmen

Der sollte nicht sofort nach dem Eintritt des Todes versorgt werden, sondern in Achtung der Persönlichkeit einige Zeit in Stille ruhen dürfen. Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern wird Zeit zum Abschied nehmen eingeräumt, Dies geschieht in einer Atmosphäre, in der allen Gefühlten ohne Wertung Raum gegeben werden darf. Wir versuchen, auch Mitbewohnern/innen die Teilnahme an der Beerdigung zu ermöglichen. Auch Mitarbeitern/innen haben die Möglichkeit an der Beerdigung des Verstorbenen teil zu nehmen.

10. Versorgung von Verstorbenen

Unmittelbar nach dem Todesfall Ruhe und Besinnlichkeit einkehren lassen.

Um einen möglichst ästhetischen und friedlichen Anblick des Verstorbenen zu ermöglichen. Ist es daher von Vorteil eine Lagerung schon vor Beginn der Totenstarre vorzunehmen. Kann der Arzt nicht sofort kommen, wird er um die Erlaubnis gebeten den Verstorbenen schon Lagern zu dürfen. Ist die Todesursache unklar, bleibt der Bewohner unberührt.

Es ist gut, den Verstorbenen flach auf den Rücken zu legen, behutsam die Augen zu schließen und – soweit dies möglich ist - die Zahnprothese vorsichtig in den Mund einsetzen. Die Hände sollten soweit das möglich ist zum Gebet auf den Bauch gelegt werden (Religion berücksichtigen!).

Wichtig ist den toten Menschen immer mit Respekt und Achtung zu behandeln.

11. Informationsweitergabe

Informationsweitergabe an den Hausarzt bzw. den Bereitschaftsarzt, zur Feststellung des Todes und zu Ausstellung der ärztlichen Todesbescheinigung. Befindet sich der Bewohner in der Sterbephase und es ist absehbar, dass er in der Nacht versterben wird, kann der Tod erst am nächsten Morgen beim Hausarzt und den Angehörigen angezeigt werden. Diese Absprache muss aber unbedingt vorher vom Tagdienst abgeklärt und dokumentiert werden.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 10 von 11

 Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Dienstleistungsgesellschaft ... sicher und geborgen	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. A.3.5.1
	Konzept geriatrische Palliativpflege und Sterbebegleitung	

Die Informationsweitergabe an die Angehörigen ist eine vertrauensvolle Sache. Es muss einfühlsam mit ihnen gesprochen werden. Es muss ihnen Zeit zum Trauern gegeben werden, Trost zugesprochen und wenn möglich Hilfe angeboten werden.

Bei Benachrichtigung der Angehörigen sollte vorher mit ihnen abgesprochen und dokumentiert werden z.B. Wer soll informiert werden, möchten die Angehörigen auch in der Nacht eine Nachricht bekommen? Wer informiert den Bestatter, welcher Bestatter soll ausgewählt werden und gibt es eine Verfügung im Todesfall?

Die Pflegedienstleitung, Einrichtungsleitung oder deren Vertretung müssen informiert werden. An die Verwaltung und die Küche muss eine Information weitergegeben werden.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.2	Juli 2023	Seite 11 von 11